

Clínica Integrada e Mudança Curricular: Desempenho Clínico na Perspectiva da Integralidade

Integrated Clinic and Curriculum Change: Clinical Performance in the Perspective of Integrality

Naiara de Paula FERREIRA¹, Talita Souza DANTAS¹, Marcondes SENA-FILHO¹, Dais Gonçalves ROCHA²

¹Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia/GO, Brasil.

²Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF, Brasil

RESUMO

Introdução: Diante da necessidade estabelecida de mudança na formação profissional em função das novas demandas em saúde, busca-se a construção de um modelo pedagógico capaz de equilibrar excelência técnica e relevância social, visando à integralidade da atenção. No curso de odontologia a instituição da Clínica Integrada seria a responsável por resgatar essa condição de totalidade e unicidade da prática odontológica.

Objetivo: Investigar o desempenho clínico de estudantes na perspectiva da integralidade em uma clínica integrada, comparando duas turmas da Faculdade de Odontologia (FO) da Universidade Federal de Goiás (UFG), uma do currículo antigo (G1) e outra da nova matriz curricular (G2).

Metodologia: Neste estudo adotou-se multimétodos, sendo realizada análise documental do histórico escolar dos estudantes e dos prontuários de pacientes, aplicação de questionário autoavaliativo de desempenho clínico e grupo focal com os estudantes.

Resultados: Durante o período analisado os estudantes do G1 realizaram 102 procedimentos preventivos e os do G2 272; mais de 55% dos estudantes do G1 consideraram ser suficiente a produção realizada de procedimentos preventivos. Estudantes apontaram como principais fatores relacionados ao desempenho clínico problemas operacionais da clínica (G1-88,5%; G2-54,9%) e formação científica (G1-71,2%; G2-66,7%).

Conclusão: Os estudantes da nova matriz curricular apresentaram maior produtividade de atividades preventivas, enquanto os estudantes do currículo antigo apresentaram caráter curativista, entretanto, a autoavaliação de desempenho dos estudantes nem sempre se mostrou compatível com os dados de produção registrados nos prontuários. Além disso, os estudantes apontaram a formação científica e o processo organizacional como os principais fatores relacionados aos seus desempenhos.

ABSTRACT

Introduction: Given the need for a change in professional training following the new demands in health care, there has been a search to build a pedagogic model capable of balancing technical excellence and social relevance, setting comprehensive health care as the goal. In a Dental School, the institution of an integrated clinic could be a form to restore this condition of wholeness and oneness of dental practice.

Objective: To investigate the clinical performance of students from a comprehensive point of view in an integrated clinic, comparing two groups of students from the Dental School of Federal University of Goiás (UFG), Brazil, one taught by the old curriculum (G1) and the other by the new curriculum (G2).

Methods: For this purpose, a multi-method approach was adopted according to which the students' school records and the patients' clinical records were reviewed, self-evaluation questionnaires of clinical performance were applied and focal groups were performed with the students.

Results: In the analyzed period, the students from G1 performed 102 preventive procedures and those from G2 performed 272. More than 55% of the students from G1 considered sufficient their production of preventive procedures. The students indicated as main factors related to the clinical performance the organizational process (G1-88.5%, G2-54.9%) and scientific training (G1-71.2%, G2-66.7%).

Conclusions: Students from the new curriculum had higher productivity of preventive activities, while students from the old curriculum presented a curative behavior. However, self-evaluation of student performance was not always compatible with the production data from medical records. Additionally, the students indicated scientific training and organizational process as the main factors related to their performance.

DESCRITORES

Clínicas odontológicas; Assistência integral à saúde; Educação em Odontologia.

KEY-WORDS

Dental clinics; Comprehensive health care; Dental education.

INTRODUÇÃO

O ensino tradicional em Odontologia não responde às demandas atuais em saúde por ser reducionista¹, pautado na prática flexneriana, com enfoque ao paradigma racionalista, curativo e com pouca – ou quase nula – atenção aos aspectos sociais, culturais e econômicos da população^{2,3}.

O questionamento do processo de ensino biomédico é reforçado pela percepção de que o perfil do profissional em saúde formado é inadequado para as novas demandas que emergiram na prática da assistência em saúde no país. Foi a partir de uma avaliação negativa do ensino e dos currículos vigentes na área da saúde⁴ que foram homologadas a Lei de Diretrizes e Bases (LDB)⁵ e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde⁶.

A superação do modelo flexneriano implica na construção de um novo modelo pedagógico, que vise o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social⁷, constituindo-se, assim, o conceito de integralidade. Esse conceito denota uma clara contraposição ao modelo biomédico – perfazendo mudanças relacionadas aos atributos profissionais, prestação de serviços e políticas públicas⁸ –, através de ação intersectorial entre as áreas das ciências que possam repercutir na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos⁹.

Nesse sentido, em um curso de Odontologia, a instituição da Clínica Integrada seria a responsável para resgatar a condição de totalidade e unicidade da prática odontológica¹⁰, buscando a formação profissional generalista com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção da saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes e consciente da necessidade de educação continuada.

A literatura indica, a propósito, que a integração das disciplinas em uma única clínica representa a metodologia mais adequada para que o estudante desenvolva a capacidade de conectar e unificar os conhecimentos já adquiridos nas diversas disciplinas básicas do currículo, sendo assim capaz de realizar diagnósticos e tratamentos clínicos de forma global¹¹⁻¹⁵.

Diante da problematização da mudança curricular dos cursos de Odontologia no Brasil, a Faculdade de Odontologia (FO) da Universidade Federal de Goiás (UFG) implantou no ano de 2006 seu novo currículo. Concomitante ao processo de reestruturação curricular a FOUFG foi contemplada com o programa do governo federal denominado Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), que visa, entre outros aspectos, subsidiar e apoiar a mudança curricular.

No ano de 2008 a última turma a se formar pelo currículo antigo vivenciou sua primeira experiência em uma Clínica Integrada (CI) e, a primeira turma da

nova matriz curricular também o fez na chamada Clínica de Atenção Básica (CAB) – também uma clínica integrada, porém, reformulada na nova matriz, com propósitos mais humanistas e reportando-se apenas aos procedimentos da Atenção Básica, os quais foram considerados como critérios de comparação no presente estudo.

Este trabalho propõe a discussão sobre o desempenho dos estudantes das duas clínicas em questão, bem como os possíveis fatores relacionados a este desempenho na perspectiva da integralidade.

METODOLOGIA

O presente estudo adotou multimétodos, que preconiza a *triangulação*¹⁶, ou seja, a utilização de diferentes fontes de dados, diferentes pesquisadores, múltiplas perspectivas para interpretação de um único conjunto de dados e uso de diferentes métodos para estudar um mesmo problema¹⁷.

Na abordagem qualitativa, para investigação da opinião dos estudantes sobre o tema estudado utilizou-se da técnica não-diretiva denominada grupo focal¹⁸ com uma amostra intencional (grupo amostral de 10 estudantes de cada disciplina), sem distinção por gênero. A notação dos grupos de estudantes refere-se ao grupo 1, ou G1, para aqueles da CI e, grupo 2, ou G2, para aqueles da CAB. A análise dos discursos dos estudantes foi realizada a partir de quadros-síntese, divididos em Núcleos de Sentido, Texto e Síntese¹⁹.

Já no que diz respeito à abordagem quantitativa, adaptou-se um questionário autoavaliativo de desempenho clínico²⁰ aplicado aos estudantes dos grupos 1 e 2 e, também, realizou-se análise documental dos prontuários dos pacientes atendidos pelas duas clínicas em questão. Os dados obtidos nesta abordagem foram tabulados e através do programa SPSS versão 17.0 foi realizada a estatística descritiva dos mesmos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFG sob o parecer nº110/2008, sendo a participação dos sujeitos voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Observou-se uma maior prevalência de estudantes do gênero feminino nos dois grupos, sendo 56,2% do G1 e 63,2% do G2, totalizando 59,6% dos indivíduos envolvidos (Figura 1). Com relação à idade, a diferença entre os gêneros intra e intergrupos foi proporcional: no G1 média de idade do gênero feminino foi de 22,2 anos (variando de 21 a 25 anos, sendo 93,3% pertencentes à faixa de 21-22 anos) e a do gênero masculino foi de 23 anos (variando de 21 a 28 anos, tendo 77,3% concentrado na faixa de 20-24 anos). Já no G2 a média de idade apresentada pelo gênero feminino foi de 21,1 anos (variando de 20 a 24 anos, com 93,1% na

faixa de 20-21 anos) e pelo gênero masculino de 20,7 anos (variando de 20 a 23 anos, distribuídos uniformemente nesta faixa).

Considerando a perspectiva descritiva das notas, a média global foi de 7,41, sendo que o G1 apresentou média geral de 7,44 e o G2 de 7,41. Os estudantes do gênero feminino de ambos os grupos obtiveram uma média geral superior às médias global e de seus respectivos grupos (G1=7,56; G2=7,60) em contraposição às médias dos estudantes do gênero masculino que apresentaram-se abaixo das médias global e de seus respectivos grupos (G1=7,28; G2=7,06).

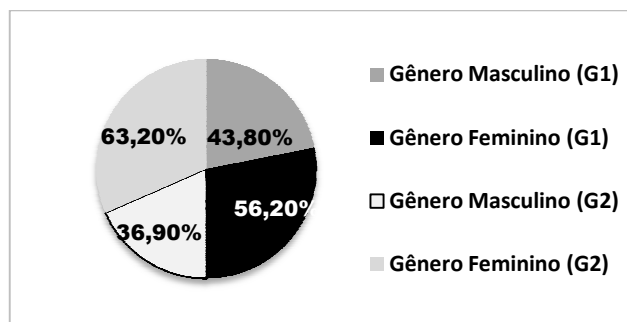


Figura 1. Distribuição de gênero por grupo de estudantes.

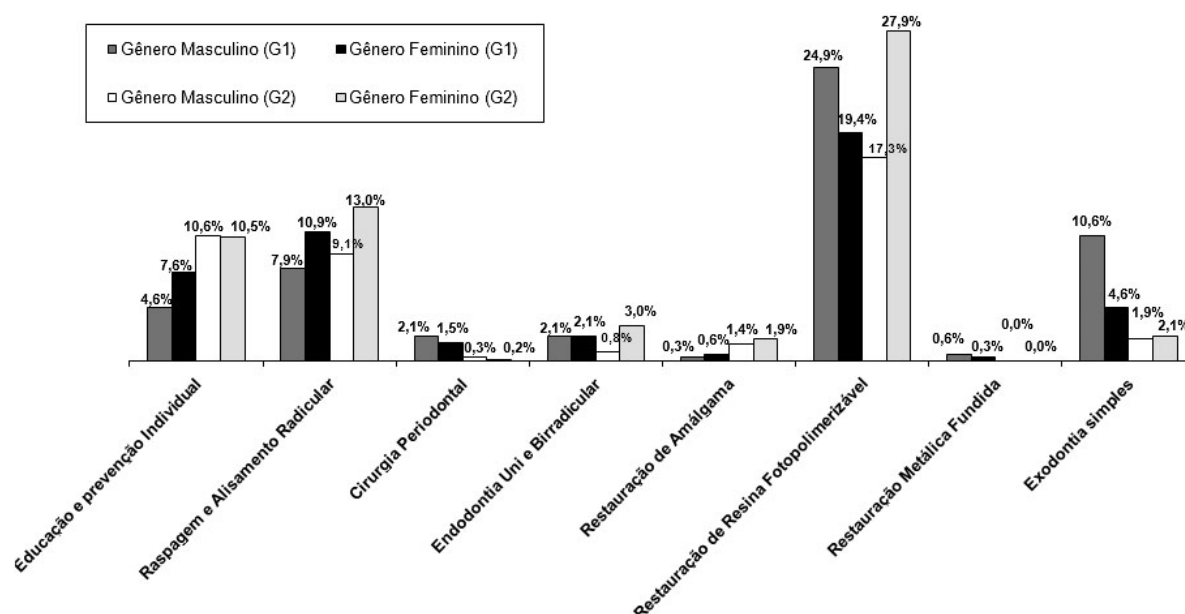


Figura 2. Percentagem dos procedimentos realizados pela CI e CAB segundo o gênero.

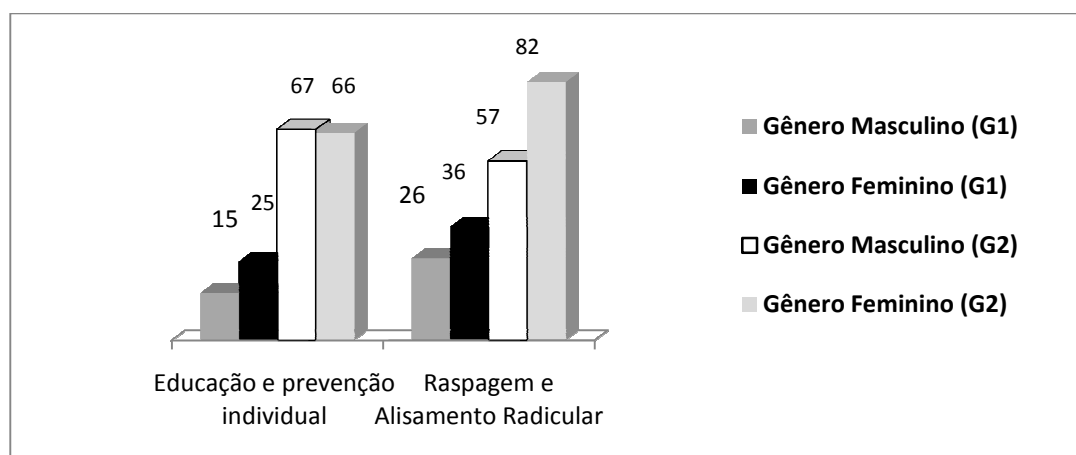


Figura 3. Comparação dos procedimentos preventivos e de terapêutica básica periodontal por grupos.

Quando da análise dos prontuários foram contabilizados procedimentos registrados nos prontuários dos pacientes atendidos na CI e na CAB (Figura 2).

A produtividade de atividades preventivas (educação e prevenção individual) e de terapêutica básica periodontal (raspagem e alisamento radicular) do G2 foi maior que o G1, e o gênero feminino superou o masculino em ambos os grupos, com exceção no G2 onde o masculino praticamente se equiparou ao feminino no quesito educação e prevenção individual (Figura 3).

Na autoavaliação dos procedimentos de Educação e Prevenção Individual, 65,4% do G1 e 84,6% do G2 consideraram ser suficiente a produção realizada, da mesma forma que 82,7% do G1 e 63,5% do G2 consideraram o mesmo quanto aos procedimentos de Raspagem e Alisamento Radicular.

Os principais fatores que influenciaram o desempenho clínico, segundo os próprios estudantes, estão sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1. Principais fatores que influenciam o desempenho clínico na perspectiva da integralidade segundo os estudantes por clínica.

FATORES	Clínica Integrada (n=52)			Clínica de Atenção Básica (n=52)		
	Muita Influência	Pouca Influência	Não Se Aplica	Muita Influência	Pouca Influência	Não Se Aplica
Falta de base para realizar procedimentos	23,1%	48,1%	28,8%	9,8%	56,9%	33,3%
Problemas operacionais da clínica	88,5%	11,5%	0	54,9%	33,3%	11,8%
Falta de entrosamento (professores e funcionários da clínica)	30,8%	46,2%	23,1%	0	41,2%	58,8%
Desinteresse do professor ou má qualidade didática	55,8%	34,6%	9,6%	13,7%	37,3%	49,0%
Falta de elaboração de plano de tratamento completo	30,8%	42,3%	26,9%	10,0%	34,0%	56,0%
Falta de equipe interdisciplinar	69,2%	23,1%	7,7%	12,0%	20,0%	68,0%

DISCUSSÃO

1. Desempenho Clínico

Grande parte dos estudos que versam sobre desempenho de estudantes o relaciona com notas obtidas ao decorrer do curso. Tais notas, geralmente, são mensuradas a partir de avaliações teóricas e produtividade clínica²¹. Entretanto, sabe-se que o desempenho constitui-se em um conceito multidimensional²² e, por este motivo, no presente estudo buscou-se relacioná-lo com a produtividade registrada nos prontuários das respectivas clínicas e a autoavaliação obtida através do questionário respondido pelos estudantes. De tal forma, a perspectiva de desempenho proposta constitui-se em uma correlação de aspectos quantitativos (notas e produtividade clínica) com aspectos subjetivos (desempenho auto-referido).

No presente estudo observou-se que a produtividade de atividades preventivas e de terapêutica básica periodontal do G2 foi maior que o G1, apresentando o último cunho voltado às ações curativas – fato já esperado dado o caráter da própria matriz curricular do G2 e da disciplina de CAB que busca o desenvolvimento de habilidades e conscientização dos estudantes em relação à promoção de saúde (não apenas enfocando ações estritamente curativas como no currículo e na disciplina de CI do G1).

Além disso, notou-se que os estudantes do gênero feminino do G2 apresentaram maior produtividade na maioria dos procedimentos realizados.

Já no G1 a produtividade foi relativamente equilibrada, com exceção dos procedimentos de exodontia simples e resinas fotopolimerizáveis, os quais apresentaram maior produtividade entre os estudantes do gênero masculino.

Na autoavaliação dos procedimentos argumentados no questionário autoaplicável, nem sempre a percepção dos estudantes de suficiência da prática clínica foi compatível com aquela registrada nos prontuários (basta observar a quantidade de procedimentos preventivos realizados pelo G1 e sua respectiva autoavaliação de suficiência, quando comparados ao G2). No entanto, há de se considerar as limitações de análise da produtividade clínica neste estudo – limitações essas que comprometem a apreensão real dos dados em função da subnotificação dos procedimentos realizados por parte dos alunos, sobretudo do G1, e, também, do processo de gestão da Central de Prontuários (que não localizou todos os prontuários dos pacientes da CI).

2. Fatores que influenciam o desempenho

a) Formação Científica

A maioria dos estudantes de ambas as clínicas apontaram existir algum tipo de influência (muita ou pouca) em seu desempenho do fator ‘falta de base (conhecimento científico) para realizar procedimentos’ (CI=71,2%; CAB=66,7%), embora os estudantes da CAB tenham se mostrado mais confiantes em relação à apreensão da teoria, afirmando suficiência na conexão teoria/prática clínica:

“(...) a gente teve toda teoria que a gente precisava antes do atendimento.” G2

Esses achados mostram uma particularidade curiosa, uma vez que os estudantes da CI tiveram disciplinas anuais de cada especialidade previamente ao curso da referida disciplina – o que não ocorre na nova matriz curricular, com os estudantes da CAB. Entretanto, há de se considerar a possibilidade de que a diferença existente na organização pedagógica dos dois currículos favoreça a construção mais sólida do conhecimento (ou, através do desenvolvimento de habilidades e competências, fortaleça a autoconfiança) dos estudantes da nova matriz curricular.

Deve-se lembrar que o Pró-Saúde, que subsidia o processo de mudança curricular na FOUFG, preconiza, através de seus vetores, novas propostas de orientações teórica, prática e pedagógica²³. Assim, as atividades desenvolvidas pela Comissão de Ensino desta instituição, pautadas nas recomendações do Pró-Saúde, possivelmente surtiram efeito positivo no que diz respeito ao preparo dos professores para os novos contextos da educação em saúde.

Inclusive isso pode ser comprovado, também, quando se observa que quase metade dos estudantes da CAB (49,0%) afirma não ter sofrido influência do fator 'desinteresse do professor ou má qualidade didática' no desempenho clínico, enquanto 90,4% dos estudantes da CI afirmam tê-lo.

b) Processo Organizacional

O questionamento do processo organizacional remetia aos problemas com horários, burocracia, número insuficiente de professores, falta de informatização, falta de pacientes e falta de materiais, conforme consta no questionário de autoavaliação.

Este fator foi apontado pela maioria dos estudantes de ambos os grupos como o que mais influencia o desempenho clínico (muita influência G1= 88,5%; G2=54,9%).

Problemas como o descompromisso de professores e funcionários em relação ao cumprimento de horários e quantidade insuficiente de professores, além da falta de material de consumo, são citados, também, nas falas dos estudantes:

"Falta agilidade, mais professores..." G1;

"(...) às 11 horas eles [funcionários da clínica] estão querendo sair de lá (...). Só que a disciplina é das oito ao meio dia (...)." G2

"(...) os alunos direto fazem 'vaquinha' para comprar material (...)." G2

A falta de informatização nas clínicas da FOUFG resulta em enorme quantidade de papéis e formulários a serem preenchidos, os quais são facilmente passíveis de se perderem – esta constatação já foi feita pelas instâncias gestoras da instituição. O Pró-Saúde tem financiado e apoiado estudos (em andamento) que visam o desenvolvimento e a implantação de prontuários eletrônicos²⁴ na referida instituição, que no ano de 2011 conta com o uso desses prontuários em uma de suas clínicas.

c) Plano de Tratamento Completo

Sobre a falta de elaboração de plano de tratamento completo, ou seja, aquele capaz de atender às necessidades integrais do paciente, a maioria dos estudantes do G1 (73,1%) considerou este item como fator de influência do desempenho, enquanto menos da metade dos estudantes do G2 (44,0%) compartilham desta opinião.

Um ponto fundamental para a sobrevivência de uma clínica integrada, independente do modelo curricular utilizado, é a existência de planos de tratamento completos – inclusive mais de um plano completo para cada caso, considerando a multiplicidade de fatores envolvidos na realização de um tratamento e a previsibilidade de alternativas visando minimizar as adversidades que venham a ocorrer.

As estratégias propostas pela nova matriz curricular (reflexo de maior preparo docente a respeito) tendem a auxiliar na extinção da segmentação do cuidado presente na CI e os indícios dessas mudanças podem ser observados na perspectiva dos estudantes do G2:

"Você não faz um procedimento específico, você vai fazer uma reabilitação oral, trata todos os problemas que o paciente tiver, dentro do seu alcance (...)." G2

d) Trabalho em Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar

Considerando o trabalho em equipe, seja ele multi e/ou interdisciplinar, um dos fatores apontados pelos estudantes no presente estudo foi 'falta de entrosamento (problemas com professor ou com funcionários da clínica)'. Para o G1 este fator teve maior influência (apenas 23,1% não o consideraram), ao passo que no G2 a maioria (58,8%) apontou como não influenciador de seus desempenhos.

Este resultado pode estar relacionado ao maior tempo de convivência dos estudantes do G1 com os professores, visto que a maioria destes estava presente em períodos anteriores em clínicas específicas de cada área. Tal convivência pode ter deixado vestígios de problemas interpessoais, afetando o entrosamento na CI:

"Se nós alunos não tivermos uma relação de amizade com determinados professores, não flui. Se você não tiver já um certo relacionamento, te tratam não de uma maneira humanizada, mas sim de cima para baixo, aquela coisa impositiva." G1

Sob a perspectiva do G1 a falta de equipe interdisciplinar é evidente: somente 7,7% não consideram este fator como influente, enquanto 69,0% atribuem muita influência. Em contrapartida, 68,0% dos estudantes do G2 não consideram este fator como influente em seus desempenhos.

Esses achados sugerem que o objetivo da mudança curricular de sanar a falta de integralidade existente no currículo antigo pode estar, de fato, ocorrendo. No entanto, há de se ressaltar que fatores relacionados ao processo de mudança como a coexistência dos dois currículos trouxeram algumas situações-problemas, sobretudo percebidas pelos estudantes da CI:

“Diminuiu a quantidade de professor. Eles tão dando atenção pro novo currículo e esquecendo da gente.” G1

Se considerarmos a necessidade de uma equipe multiprofissional de saúde para o alcance da abordagem integral, nota-se que isso não ocorre nas clínicas da FOUFG. Talvez para que fosse possível essa formação no contexto de equipe multiprofissional seria necessária a diversificação dos cenários de práticas – fato já apontado nas diretrizes do Pró-Saúde²³ como necessário para a reorientação da formação profissional –, o que poderia ser alcançado, por exemplo, com a inserção de alguns momentos de atividades extramuros no serviço.

CONCLUSÃO

- Os estudantes da CAB apresentam maior produtividade de atividades preventivas e de terapêutica básica periodontal, enquanto os da CI apresentam caráter curativista;
- Os estudantes do gênero feminino de ambas as clínicas apresentam maiores notas, porém apenas na CAB a produtividade feminina superou a masculina, com exceção das resinas fotopolimerizáveis. Já entre os estudantes da CI a produção foi mais equilibrada, com exceção de exodontias simples e resinas fotopolimerizáveis que apresentaram maior produtividade entre os estudantes do gênero masculino;
- A autoavaliação de desempenho dos estudantes nem sempre se mostrou compatível com os dados de produção dos prontuários;
- Formação científica e processo organizacional são os principais fatores relacionados ao desempenho segundo os estudantes de ambas as clínicas.

REFERÊNCIAS

1. Kriger L, Moyses SJ, Moyses ST. Humanismo e Formação Profissional. Rev ABOPREV 2005; 3(1):1-8.
2. Moyses ST, Moyses SJ, Kriger L, Schmitt EJ. Humanizando a Educação em Odontologia. Rev ABENO 2003; 3(1):58-64.
3. Prado MM. A bioética na formação em odontologia - análise de sua importância para uma prática consciente e crítica. [Tese]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2006.
4. Silva EVM, Oliveira MS, Silva SF, Lima VV. A formação de saúde em sintonia com o SUS: o currículo integrado e interdisciplinar. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2009.
5. Brasil. Presidência da República. Lei 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. Institui a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.
6. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União. Brasília, 2002.
7. Feuerwerker LCM, Sena RR. A contribution to the movement for change in professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences. Interface Comunic Saude Educ 2002;

6(1):37-50.

8. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001.
9. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde - princípios. In: Campos FE, Junior MO, Tonon LM (Org.). Cadernos de Saúde I. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.
10. Almeida RVD, Padilha WVN. Clínica Integrada: é possível promover saúde bucal numa clínica de ensino odontológico? Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2001; 1(3):23-30.
11. Cardoso L, Zembruksi C, Fernandes DSC, Boff I, Pessin V. Avaliação da prevalência de perdas precoces de molares decíduos. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2005; 5(1):17-22.
12. Carvalho ACP. Odontologia: avaliação dos cursos e resultados no exame nacional de cursos de 1998. São Paulo: NUPES-USP, 1999.
13. Padilha WVN, Medeiros EPG, Tortamano N, Rocha RGO. O desenvolvimento da disciplina de clínica integrada nas instituições de ensino odontológico no Brasil. RPG 1995; 2(4):193-9.
14. Pankey LD, Davis WJ. Uma filosofia da prática odontológica. São Paulo: Santos, 1997.
15. Vargas AMD, Vasconcelos MA. A construção da clínica integrada de atenção primária da faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais: a experiência da clínica integrada I. Arq Odontol 1998; 34(2):71-81.
16. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conduction mixed methods research. California: Sage, 2007.
17. Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. New York: McGraw-Hill, 1978.
18. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enf USP 2001; 35(2):115-21.
19. Nico LS, Cocchi SCM, Ruiz T, Moreira RS. A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. Cienc Saude Coletiva 2007; 12(3):789-97.
20. Lemos CLS. Explicitando o Currículo Oculto da Clínica Integrada. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2004; 9(2):105-12.
21. Gray SA, Deem LP. Predicting student performance in preclinical technique courses using the theory of ability determinants of skilled performance. J Dent Educ 2002; 66(6):721-7.
22. Nunes MF. Perfil profissional de cirurgiões-dentistas e seu desempenho acadêmico durante a graduação: um estudo com egressos da Universidade Federal de Goiás. [Tese]. Goiânia: Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, 2009.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE. Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília, 2007.
24. Seminário de Reorientação da Atenção Clínica, 1., 2007, Goiânia. Relatório Final. Goiânia: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, 2007.

Recebido/Received: 10/01/2011
Revisado/Reviewed: 17/07/2011
Aprovado/Approved: 21/09/2011

Correspondência:

Naiara de Paula Ferreira
Universidade Federal de Goiás.
Praça Universitária, s/n
St. Universitário - Goiânia, GO – Brasil
CEP: 74605-220
E-mail: naiaradepaula@gmail.com